	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DE SUPERVISION	Vigente desde: 23/08/2023

INFORME NÚMERO:	1	FECHA DEL INFORME: (dd/mm/aa)	13/05/2025

GRADO DE RESPONSABILIDAD

MEDIANTE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PRESENTE ACTA, EL SUPERVISOR ASUME PLENA RESPONSABILIDAD POR LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN EN ELLA CONTENIDA:

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

TIPO DE ACTO CONTRACTUAL:	CONTRATO	NÚMERO:	1375	FECHA : (dd/mm/aa)	27 de marzo 2025
No. DE LA ORDEN DE COMPRA (si aplica)	N/A	FECHA ORDEN DE COMPRA	N/A	No. PROCESO SECOP II	CD-2025-CONT-1432
CONTRATISTA O COOPERANTE: (Adicione filas si es necesario)		HOSPITAL SAN ROQUE E.S.E		NIT:	809003541
VALOR INICIAL:		$ 115.000.000,00		PLAZO INICIAL:	260 DIAS CALENDARIO
CDP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es necesario)		2198 DE 12 DE MARZO DEL 2025		RP(S) INICIAL / VIGENCIA: (Adicione filas si es	4086 DEL 09 DE ABRIL DE 2025
NOMBRE DEL SUPERVISOR QUE SUSCRIBE EL PRESENTE INFORME: (Adicione filas si es necesario)		HILDA MARIANA DIAZ USECHE		ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL DE DESIGNACIÓN	CONTRATO No. 1337 DE 26-03-2025
CORREO ELECTRONICO DEL SUPERVISOR:		mariana.diaz@saludtolima.gov.co			
FECHA DE LEGALIZACION DEL ACTO CONTRACTUAL INICIAL: (dd/mm/aa)		11/04/2025		FECHA INICIACION: (dd/mm/aa)	11/04/2025

1.1 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE ACTAS DE CESIÓN

CONTRATISTA CEDENTE	N/A	NIT:	N/A
CONTRATISTA CESIONARIO	N/A	NIT:	N/A

1.2 INFORMACIÓN REQUERIDA EN CASO DE CONTRATOS DE COMISIÓN (BOLSA MERCANTIL DE COLOMBIA)

CONCEPTO DEL PRESENTE PAGO (Marque con una X según el tipo de pago a realizar)		BENEFICIARIO Y NIT DEL PRESENTE PAGO	ACTO ADMINISTRATIVO O CONTRACTUAL QUE RESPALDA EL PRESENTE PAGO Y FECHA
PAGO GASTOS DE COMISIÓN	N/A	N/A	N/A
PAGO REGISTRO EN BOLSA Y SISTEMA DE COMPENSACIÓN Y	N/A	N/A	N/A
PAGO DE LA OPERACIÓN NEGOCIO:	N/A	N/A	N/A
OTROS:	N/A	N/A	N/A

1.3 INFORMACIÓN DE LOS INTEGRANTES DE CONSORCIO O UNIÓN TEMPORAL, SI APLICA (Adicione filas si es necesario)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT:	POCENTAJE DE PARTICIPACIÓN
N/A	N/A	N/A

2. INFORMACIÓN SOBRE ACTAS ADICIONALES, MODIFICATORIAS, RESOLUCIONES, ACTA DE LIQUIDACIÓN (SI APLICA)

2.1 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, ACLARATORIAS OTROSÍ, RESOLUCIONES, (CAMBIO DE SUPERVISOR, IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL, ETC) Y ACTA DE LIQUIDACIÓN (Si aplica)
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	OBJETO	FECHA DE LEGALIZACION (dd/mm/aaaa)

VALIDADO DIRECCIÓN CONTRATACIÓN

2.2 INFORMACIÓN SOBRE ADICIONALES, MODIFICATORIAS, OTROSÍ, O RESOLUCIONES EN TEMAS DE VALOR, PLAZO E IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL
(Adicione filas si es necesario)

TIPO DE DOCUMENTO SOPORTES (ACTA O RESOLUCIÓN) NÚMERO:	NÚMERO IDENTIFICADOR SECOP II	FECHA (dd/mm/aaaa)	VALOR ADICIONADO O DISMINUIDO	PLAZO ADICIONADO O DISMINUIDO	RP y CDP	FECHA DE LEGALIZACIÓN (dd/mm/aaaa)
			$ -	-		
			$ -	-		

2.3 ACTAS DE SUSPENSIÓN Y REINICIACIÓN (adicione filas si es necesario)

FECHA SUSPENSIÓN (dd/mm/aaaa)	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)		FECHA REINICIACIÓN	No. DEL ACTA	FECHA DEL ACTA (dd/mm/aaaa)
N/A	N/A	N/A		N/A	N/A	N/A

3. INFORMACIÓN BASICA PARA EL PAGO

ENTIDAD SIN ANIMO DE LUCRO: (Marque con una X)	NO			N/A
ENTIDAD PUBLICA: (Marque con una X)	NO	TIPO DE DESEMBOLSO A REALIZAR SEGÚN ACTO CONTRACTUAL:		PAGO POR PERÍODOS
PERÍODO QUE COMPRENDE EL PRESENTE PAGO:		11/04/2025 al 25/04/2025	MUNICIPIO DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	IBAGUE
COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN DEL ALMACENISTA (adicione filas si es necesario)		N/A	FECHA COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN O CERTIFICACIÓN	N/A
No. DE FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR (adicione filas si es necesario)		172156	FECHA FACTURA O DOCUMENTO SOPORTE A NO OBLIGADOS A FACTURAR: (dd/mm/aa)	9/05/2025

VERIFICACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL Y/O PARAFISCALES ART. 50 DE LA LEY 789/02 (Las planillas y meses deben ser coherentes con el período que comprende el presente pago) (adicione filas si es necesario)

PLANILLA DE LIQUIDACIÓN No:	CERTIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	MES DE COTIZACIÓN:	ULTIMOS 6 MESES
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL O REVISOR FISCAL:		MES DE COTIZACIÓN:	N/A

SI EL CONTRATISTA (persona natural), NO SE ENCUENTRA OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN MARQUE CON UNA X SEGÚN EL MOTIVO QUE CORRESPONDA,INDICANDO EL RESPECTIVO SOPORTE

ES PENSIONADO:	N/A	SOPORTE QUE ACREDITA, NÚMERO Y FECHA	N/A
ADQUIRIÓ DERECHO PARA PENSIONARSE:	N/A		
NO ALCANZA A PENSIOANARSE SEGÚN EDAD Y TIEMPO COTIZADO:	N/A		

4. INFORMACIÓN CONTABLE

4.1 INFORMACIÓN CONTABLE PARA CONTRATOS DE OBRAS DE INFRAESTRUCTURA, DE PROPIEDAD DEL DEPARTAMENTO

NOMBRE DE LA OBRA:	N/A	VÍA DE SEGUNDO ORDEN:	N/A
CLASIFICACIÓN DE LA INVERSIÓN Y VALOR:	REHABILITACIÓN Y/O MEJORAMIENTO	VALOR	$ -
	CONSTRUCCIÓN	VALOR	$ -
	MANTENIMIENTO	VALOR	$ -

4.2 INFORMACIÓN CONTABLE PARA ADQUISICIÓN O COMPRA DE INMUEBLES (adicione filas si es necesario)

CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO SOPORTE
TERRENO	$ -	N/A
EDIFICACIÓN	$ -	N/A
MEJORAS	$ -	N/A
OTROS _____	$ -	N/A

4.3 DISTRIBUCIÓN DEL PRESENTE PAGO POR IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (adicione filas si es necesario)

IDENTIFICACIÓN PRESUPUESTAL (CÓDIGO PRESUPUESTAL)	No. RP PARA SIIAF	No. RP PARA SPGR	VALOR A AFECTAR PARA EL PRESENTE PAGO
05-5.19.03.1905.0300.01- 2.3.2.02.02.009-0633	4086	NO APLICA	$ 34.500.000,00
05-5.19.03.1905.0300.05- 2.3.2.02.02.009-0619	4089	NO APLICA	$ 34.500.000,00
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO:			$ 34.500.000,00

4.4 VALOR PRESENTE PAGO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)	
VALOR PRESENTE ACTA (VALOR EJECUTADO)	$ 34.500.000,00
(-) VALOR AMORTIZACION ANTICIPO O LEGALIZACIÓN DE PAGO ANTICIPADO	$ -
SUBTOTAL PRESENTE PAGO EJECUTADO	$ 34.500.000,00
(+) VALOR PRESENTE ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO	$ -
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO	$ 34.500.000,00

4.5 BALANCE DEL ANTICIPO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR PRESENTE ANTICIPO	$ -	
VALOR ANTICIPOS ANTERIORES	$ -	$ -
VALOR AMORTIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ -
VALOR DE AMORTIZACIÓN EN EL PRESENTE PAGO		$ -
VALOR PENDIENTE POR AMORTIZAR		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

4.6 BALANCE DEL PAGO ANTICIPADO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR PRESENTE PAGO ANTICIPADO	$ -	
VALOR PAGO ANTICIPADOS ANTERIORES	$ -	$ -
VALOR LEGALIZADO EN PAGOS ANTERIORES		$ -
VALOR LEGALIZADO EN EL PRESENTE PAGO		$ -
VALOR PENDIENTE POR LEGALIZAR		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

4.7 BALANCE DEL ACTO CONTRACTUAL POR EL DEPARTAMENTO (Adicionar filas, cuando en el pago concurran recursos con situación de fondos y recursos sin situación de fondos)		
VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ 115.000.000	
ADICIONES O DISMINUCIONES	$ -	
ANTICIPO O PAGO ANTICIPADO CANCELADO		
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ 34.500.000
VALOR TOTAL PRESENTE PAGO		80.500.000,00
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		115.000.000,00
SUMAS IGUALES	$ 115.000.000	

VALOR DEL ACTO CONTRACTUAL	$ -	
ADICIONES O DISMINUCIONES EN VALOR	$ -	
ANTICIPO CANCELADO		$ -
PAGOS PARCIALES CANCELADOS		$ -
VALOR PRESENTE PAGO		$ -
SALDO DEL ACTO CONTRACTUAL		$ -
SUMAS IGUALES	$ -	$ -

5. INFORMACION CUENTA BANCARIA PARA CONSIGNACION PRESENTE PAGO (SEGÚN MINUTA CONTRATO, O SECOP, O CESION PAGO DEBIAMENTE AUTORIZADO POR CONTRATISTA Y ORDENADOR DEL GASTO)

NOMBRE ENTIDAD FINANCIERA	TIPO CUENTA BANCARIA	NUMERO CUENTA BANCARIA
BANCOLOMBIA	AHORROS	86981540958

6. CERTIFICO QUE EL CONTRATISTA EN MENCIÓN:

Ha cumplido durante el presente periodo, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

Por lo anterior, se da el visto bueno para realizar el pago correspondiente.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es)

FIRMA(s):

NOTA: TODOS LOS CAMPOS DEL INFORME DE SUPERVISIÓN DEBEN SER DILIGENCIADOS, CUANDO ALGÚN ÍTEM NO APLIQUE SE DEBE REGISTRAR "N/A" EN LOS CAMPOS DEL TEXTO; EN LOS CAMPOS DE CIFRAS O VALORES, CUANDO NO HAYA VALOR SE DEBERÁ REGISTRAR "0"

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	CODIGO: FOR-GB-016
	PROCESO: GESTIÓN CONTRACTUAL	VERSIÓN: 04
	INFORME DETALLADO EJECUCION DE ACTIVIDADES	Vigente desde: 23/08/2023

1. RESUMEN TECNICO EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1.1 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATISTA O COOPERANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATISTA	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Apoyar a la Secretaria de salud departamental y realización de cinco talleres teóricos prácticos sobre hábitos saludables en los municipios priorizados por el departamento del Tolima; En los entornos escolar y comunitario, que aborden temas, tal es como la producción de la actividad física, alimentación saludable, prevención del consumo de tabaco y alcohol: para el desarrollo de esta actividad. Se debe garantizar que en cuatro municipios ejecute en el entorno escolar, incluyendo una actividad física, musicalizada, y en el municipio restante se debe realizar en el entorno comunitario, incluyendo un ciclo paseo impactando mínimo 100 personas en la jornada. Para lo anterior, deberá garantizar el talento humano idóneo, los insumos y la logística requerida, incluido el transporte para el desarrollo de la actividad, refrigerios saludbales; y desarrollarse en coordinacion con los equipos basicos en salud de cada municipio y debra coordinar y concertar con la entidad territorial. municipal.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A
2. Apoyar a la Secretaria de salud departamental, en la realizacion de 4 jornadas de informaciones en salud para la población vulnerable (victimas del conflicto, comunidad, NARP, Room y habitantes de calle), del departamento del Tolima, en los municipios priorizados, sobre la promocion de hábitos y estilos de vida saludables (promoción de la alimentación, saludable, promoción de la actividad fisica y prevención del consumo de tabaco, alcohol y cuidado de la salud bucal), Con fin de prevenir las enfermedades crónicas No transmisibles, en la cual se deberá impactar un minimo de 40 personas por jornada, se deberá garantizar el refrigerio y o almuerzo, incluido el transporte, esta actividad se debe coordinar con los equipos básicos en Salud de cada municipio, deberá concertar con la entidad territorial municipal, Garantizando el talento humano idoneo con experiencia en el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A
3. Apoyar a la Secretaria de salud en la convocatoria de ejecución de tres reuniones de consejo, asesor de cáncer infantil con la participación de las integrantes del (CODACAI) En cual deben articular los planes de choque Diseñar las estrategias enfocadas a mitigar las barreras de prestación de servicios a los menores con cáncer infantil en el departamento del Tolima, en cumplimiento de la ley 1388 del 2010 y la ley Jacobo. Para lo anterior, deberá garantizar el talento humano idóneo, los insumos y la logistica requerida para el desarrollo de la actividad.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A
4. Apoyar a la Secretaria de salud en la convocatoria para la conmemoración de la semana de hábitos y estilos de vida saludables (promocionando la Alimentación saludable, promoción de la actividad fisica y prevención del consumo de tabaco, alcohol y el cuidado de la salud bucal), en 3 municipios priorizados, en la cual se deberá garantizar el impacto mínimo de 40 personas por jornada, la cual debe desarrollarse en coordinación con los equipos básicos en salud de cada municipio, coordinar y concertar con la entidad territorial, municipal, se debe coordinar y concertar Con la entidad territorial municipal. Garantizando el talento humano, idóneo, los insumos y la logistica, incluida en el transporte requerido para el desarrollo de la actividad	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades		N/A
5. Apoyar a la Secretaria de salud en el desarrollo de 2 reuniones del Comité departamental de vida, saludable y condiciones no transmisibles, con el fin de fortalecer las alianzas estratégicas y la gestión de la salud pública con todos los actores que intervienen para la promoción de la salud de los tolimense, con el fin de articular y consolidar el plan de acción para el autocuidado de la salud y realizar el seguimiento del mismo. Se deberá garantizar el talento humano, idóneo, los insumos y la logística requerida para el desarrollo de la actividad.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A
6. Apoyar a la Secretaria de salud del Tolima mediante el diseño, producción, organización y difusión, de material de información en salud, de mensajes para orientar a los individuos, familias y comunidades con el fin de reforzar y promoción de auto cuidado de salud bucal y promocionar hábitos y estilos saludables para la prevención de enfermedades no transmisibles.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A

7. Apoyar a la Secretaria de salud en el Desarrollo de capacidades a los actores del SGSSS del departamento del Tolima a través de 5 Talleres de la siguiente manera: Taller 1. realizar desarrollo de capacidades a sobre el modelo Hearst para el manejo del riesgo cardiovascular, Taller 2. desarrollo de capacidades sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer (próstata, colon y recto e infantil), para la articulación de los plan de choque; Taller 3 realizar desarrollo de capacidades sobre sobre notificación, tratamiento, paliación de las enfermedades huérfanas, reactivación de la mesa técnica departamental de enfermedades huérfanas. En la cual se deberá entregar la caracterización de pacientes con enfermedades huérfanas; Taller 4: desarrollo de capacidades sobre la cesación del consumo de tabaco, y el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas; Taller 5 Desarrollo de Capacidades sobre los pacientes sistémicamente comprometidos en la Salud ORAL. Para la ejecución de esta actividad el contratista deberá garantizar impactar un mínimo de 50 personas en cada Taller, un total de 250 personas, deberá garantizar el talento humano idóneo con experiencia en el abordaje de estos temas en mención, los insumos y la logística requerida para el desarrollo de la actividad.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A
8. Apoyar a la Secretaria de Salud del Tolima en la realización de 1 jornada de información y educación en salud en el entorno escolar y comunitario dirigido a los cursos de vida primera infancia, infancia y adolescencia y mujeres embarazadas para el autocuidado de la salud bucal, en 7 municipios priorizados por el departamento del Tolima en torno a la estrategia Soy una Generación más Sonriente, Para la ejecución de esta actividad el contratista deberá garantizar impactar un mínimo de 150 personas por jornada, Para lo anterior se deberá garantizar el talento humano idóneo, los insumos y la logística requerida para el desarrollo de la actividad incluido transporte.	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A
9. Realizar información en salud para desarrollar y fortalecer capacidades con los pacientes con diagnóstico de cáncer infantil del departamento del Tolima, con acciones de promoción de la salud y adherencia a los tratamientos	Se proyecto y entrego cronograma de actividades	informe con cronograma de actividades	Registro fisico en el informe de actividades mensuales.	N/A

1.2 RESPONSABILIDADES DEL CONTRATANTE

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL POR PARTE DEL CONTRATANTE	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIA	MECANISMO DE VERIFICACION	OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES
1. Velar por que el contratista cumpla con el 100% con la ejecucion del contrtode prestacion de sericios dento del tiempo establecido en el mismo	Se cumplio con la ejecución de esta actividad.	Insumos	Documentación la cual reposa en la carpeta del contrato, Direccion de contratación	Se ejecuto el 100% de la actividad
2. Cancelar a el contratista el valor de los honorarios pactados en la forma establecida en el presente contrato de prestacion de servicios.	Se cumplio con la ejecución de esta actividad.	Se verifica la calidad de las asesorias y se solicita cronograma de actividades del	A traves de los odontologos	Se ejecuto el 100% de la actividad
3. Designar un funcionario de la empresa social del estado para que ejerza la supervision de las actividades deteriandas como objeto contractual	Se cumplio con la ejecución de esta actividad.	Informe de actividades	Documentación la cual reposa en la carpeta del contrato, Direccion de contratación	Se ejecuto el 100% de la actividad
4.Permitir el libre acceso de el contratista a las instalaciones de la empresa social del estado, lugar donde se ejecutara el contrato en los dias y horas programadas para ejecutar el objeto	Se cumplio con la ejecución de esta actividad.	Informe de actividades	Documentación la cual reposa en la carpeta del contrato, Direccion de contratación	Se ejecuto el 100% de la actividad
5. Verificar el pago oportuno y e las cuantis obigadas de los aoportes de salud, pension, riesgos profesionales y parafiscales.	Se cumplio con la ejecución de esta actividad.	Informe de actividades con demas documentacion	Documentación la cual reposa en la carpeta del contrato, Direccion de contratación	Se ejecuto el 100% de la actividad

CONCLUSIONES:

Ha cumplido durante el presente período, en lo pertinente, con el objeto, obligaciones, compromisos y/o requisitos establecidos en el acto contractual en mención y en los documentos adicionales que hacen parte integral del mismo.

NOMBRE(s) DEL SUPERVISOR(es) : _____

FIRMA: _____